Agenda de sommeil

Nom :…… **Prénom :** ……

Merci d'indiquer

- Les médicaments pris au coucher,
- L'heure du coucher (X),
- Les périodes de sommeil *(hachurer les cases*),
- Les périodes de veille nocturnes (*ne pas noircir les cases*),
- L'heure du lever (X),
- La qualité du sommeil et de votre forme le jour de 0 (mauvaise) à 10 (excellente).
- Les moments où vous avez envie de dormir : bâillements, tête qui tombe, yeux qui "picotent", qui se ferment… par un « O »,
- Les siestes (*hachurer les cases comme pour le sommeil de nuit*).

Exemple

Jour	Date	Médicaments	Horaires	Qualité (/10)		Commentaires
			17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h 1h 2h 3h 4h 5h 6h 7h 8h 9h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h	Sommeil de nuit	Forme le jour	
J1	5/4	Aucun	O O X ▨ ▨ ▨ ▨ ▨ ▨ ▨ X O O ▨	6	7	

Votre Agenda

Jour	Date	Médicaments	Horaires	Qualité (/10)		Commentaires
			17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h 1h 2h 3h 4h 5h 6h 7h 8h 9h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h	Sommeil de nuit	Forme le jour	
J1						
J2						
J3						
J4						
J5						
J6						
J7						